# DISSERTATION

N° 29.

SUR

# LA PLEURÉSIE;

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 février 1824, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR H. C. BAZIRE, de Caen,

Département du Calvados.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

## *Professeurs.*

| Messieurs | Messieurs |
|---|---|
| LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen. | |
| ALIBERT. | FIZEAU. |
| BÉCLARD, *Examinateur.* | FOUQUIER. |
| BERTIN, *Examinateur.* | GUILBERT. |
| BOUGON. | LAENNEC, *Président.* |
| BOYER, *Suppléant.* | MARJOLIN. |
| CAYOL. | ORFILA. |
| CLARION. | PELLETAN fils. |
| DENEUX. | RÉCAMIER. |
| DÉSORMEAUX. | RICHERAND, *Examinateur.* |
| DUMÉRIL. | ROUX. |
| DUPUYTREN. | ROYER-COLLARD. |

## *Professeurs honoraires.*

| | |
|---|---|
| CHAUSSIER. | LEROUX. |
| DE JUSSIEU. | MOREAU. |
| DES GENETTES | PELLETAN. |
| DEYEUX. | PINEL. |
| DUBOIS. | VAUQUELIN. |
| LALLEMENT | |

## *Agrégés en exercice.*

| | |
|---|---|
| Adelon. | Kergaradec. |
| Alard. | Maisonnabe. |
| Arvers. | Moreau. |
| Breschet. | Murat. |
| Capuron, *Suppléant.* | Parent du Chatelet. |
| Chomel. | Pavet de Courteille. |
| Cloquet aîné. | Ratheau. |
| Coutanceau. | Richard. |
| De Lens. | Rullier. |
| Gaultier de Claubry. | Ségalas. |
| Guersent. | Serres, *Examinateur.* |
| Jadioux. | Thévenot, *Examinateur.* |

---

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES

# DE MON PÈRE.

*Souvenir éternel.*

# A MA MÈRE.

*Gage de mon affection.*

## A MES FRÈRES.

*Amitié.*

H. C. BAZIRE.

# DE MON PÈRE.

# A MA MÈRE.

# A MES FRÈRES.

# DISSERTATION

SUR

# LA PLEURÉSIE.

On désigne sous le nom de *pleurésie* l'inflammation de la plèvre, à cause de la douleur de côté qui en est ordinairement le symptôme caractéristique. Le mot *pleuritis* (*Hippocrate*) indique même toute espèce de douleur de côté assez aiguë et permanente. Cette phlegmasie a été le sujet d'un grand nombre de contestations, tant sur son siége que sur ses caractères particuliers. En effet, pendant bien des années on se proposait ce problème, savoir si la pleurésie était l'inflammation de la plèvre ou celle du poumon; si sous ce titre ces deux organes participaient simultanément à cette affection, ou si c'était tantôt celle-ci ou tantôt celui-là qui en étaient atteints. Mais aujourd'hui le vague des opinions a disparu, et les nosologistes, avec les praticiens modernes, ne consacrent plus le mot *pleurésie* que pour caractériser l'*inflammation de la plèvre*. Quoiqu'il soit hors de doute que, dans beaucoup de cas, la pleurésie marche escortée de la péripneumonie; que dans d'autres, où la plèvre seule est enflammée, la douleur fixe et pongitive que l'on remarque comme le symptôme pathognomonique de cette maladie est à peine marquée et passagère; que quelquefois même elle manque totalement

dans l'état aigu ; qu'il en est d'autres, au contraire, où il y a en même temps une péripneumonie très-violente et une pleurésie très-légère et circonscrite, dans lesquels la douleur de côté peut sévir d'une manière atroce ; mais il n'est pas moins demeuré constant que la phlegmasie de la plèvre peut exister seule sans que le poumon y prenne part, et que de même celui-ci peut être un foyer d'inflammation sans que celle-ci se propage à la plèvre. Mais il est plus commun de trouver à l'autopsie cadavérique la péripneumonie sans pleurésie que la pleurésie sans péripneumonie, parce que la plupart des pleurésies simples se terminent par la guérison.

La pleurésie pouvant facilement passer de l'état aigu au chronique, je la considérerai dans ces deux états. En parlant d'abord de l'état aigu, j'aurai déjà fourni quelques matériaux à son histoire chronique.

Je comprendrai dans l'histoire de la pleurésie aiguë l'énumération des causes qui lui donnent ordinairement lieu, ses symptômes, son diagnostic, ses complications, son prognostic, ses terminaisons. Je la considérerai dans sa physionomie chronique comme faisant suite à sa marche aiguë, sous l'influence des causes qui seront exposées, quoiqu'on observe tantôt des pleurésies qui, malgré le traitement le plus rationnel, cheminent vers cette terminaison chronique, tantôt d'autres qui, dès leur début, affectent ce caractère ; j'exposerai ensuite les altérations organiques, et ce qu'elles offrent de particulier dans ces deux états ; je terminerai par le traitement, qui sera envisagé sous les deux rapports aigu et chronique de cette affection.

*Étiologie.* Toutes les causes prédisposantes et déterminantes qui sont assignées au catarrhe et à la péripneumonie peuvent très-facilement produire la pleurésie. Parmi les prédisposantes on range un tempérament sanguin, un état pléthorique, une disposition aux fluxions, une susceptibilité de la plèvre à contracter de nouveau son inflammation pour en avoir été déjà affectée plusieurs fois. Les phlegmasies des autres organes, et surtout celles des membranes séreuses,

celles du poumon, du péricarde, tant à cause des rapports sympathiques des uns qu'à cause du voisinage des autres avec la plèvre, expliquent encore la facilité avec laquelle l'état morbide de ces organes, en raison de cette liaison entre eux par correspondance sympathique, prédisposent non-seulement à cette phlegmasie, mais encore deviennent souvent causes déterminantes. On a remarqué aussi que l'étroitesse de la poitrine et sa déformation y prédisposaient d'autant plus que les personnes ainsi constituées sont d'un tempérament sanguin.

On range parmi les causes déterminantes la suppression d'une évacuation habituelle, par exemple, celle des hémorrhoïdes, d'une épistaxis qui avait coutume de revenir régulièrement à certaines époques; celle des menstrues, la suppression de la transpiration qui survient par toutes les causes de refroidissement de la peau en la frappant d'un spasme glacial, comme lorsqu'on passe d'un milieu très-chaud dans un air frais, soit qu'on ait fait usage de boissons froides, ou que l'on se soit placé entre deux courans d'air lorsqu'on est en sueur, après un exercice très-pénible. En effet, il est très-ordinaire de voir des pleurésies débuter à la suite de cet état de torpeur qu'a éprouvé la peau par toutes ces causes de refroidissement. On dirait, dans ce cas, que l'excitation qui vient de cesser brusquement dans les vaisseaux de l'enveloppe cutanée est tout à coup transportée dans ceux de la plèvre.

La rétrocession d'une affection goutteuse, dartreuse, psorique, ou de tout autre exanthème; l'abus des liqueurs spiritueuses, l'usage d'alimens échauffans et fortement assaisonnés, doivent encore occuper une place parmi les causes qui engendrent cette phlegmasie.

Les causes déterminantes qui agissent d'une manière directe sur la plèvre sont, les contusions, les percussions du thorax, les plaies de la poitrine par toute espece d'instrumens, particulièrement par des instrumens contondans, qui, outre la division qu'ils opèrent sur ces parties, produisent de plus, par la force avec laquelle ils

agissent, des contusions sur cette membrane. Les fractures des côtes, lorsqu'elles sont le résultat d'une cause qui a agi immédiatement sur l'endroit où la fracture est arrivée, par exemple, les fractures en dedans, dont les fragmens sont poussés vers la plèvre, l'irritent par le froissement et la déchirure qu'ils y occasionnent, et déterminent son inflammation. Certaines professions qui exposent la poitrine à des chocs violens, par exemple, les professions de maître d'escrime, de forts de halle, de portefaix, etc.; les efforts qui suspendent la respiration, tels que les cris forcés, le chant, parce que pendant leur action, le poumon étant dilaté, la plèvre se trouve durement froissée contre les parois osseuses. C'est encore par les secousses imprimées à la plèvre que les quintes de toux violentes, qui surviennent par l'exaspération d'un état catarrhal des bronches, peuvent la produire. Cette maladie attaque indistinctement tous les âges et les deux sexes. Cependant, selon la remarque de *Cœlius Aurélianus*, les hommes y sont plus sujets que les femmes. Parmi les hommes, elle est moins fréquentes chez les vieillards que chez les jeunes gens et les adultes. *Arétée* a observé que les enfans, par rapport à la mollesse du tissu de leurs organes, et en raison, chez eux, du peu de dérangement dans les fonctions de la perspiration de la peau, étaient moins sujets aux affections pleurétiques.

Quoique la pleurésie soit pour l'ordinaire une maladie sporadique, elle paraît quelquefois comme endémique dans certains pays humides situés au nord, et où les vents règnent avec violence. *Stoll* a décrit des épidémies de pleurésies sous le nom de *pleurésies bilieuses*, qu'il a distinguées des *pleurésies inflammatoires*.

*Symptomatologie.* La pleurésie, lorsqu'elle est provoquée subitement par une cause énergique, comme à la suite d'une forte contusion du thorax, un refroidissement complet au moment que les capillaires de la peau sont dans un épanouissement et une action considérables débute ordinairement avec violence par des frissons, de la débilité, des lassitudes spontanées, suivis d'une douleur

fixe et pongitive dans un des côtés de la poitrine, quelquefois même dans les deux. Quoique produite par les mêmes agens, la pleurésie ne présente pas toujours la même ressemblance dans le tableau des symptômes. Si dès le moment de l'invasion la phlegmasie occupe toute l'étendue de la membrane, au lieu de cette douleur fixe, circonscrite et pongitive, toute la poitrine est douloureuse ; les douleurs se promènent sur différens points ; elles paraissent traverser le tronc d'un côté à l'autre : elles sont tantôt lancinantes, tantôt gravatives, tantôt brûlantes. Chez un individu affecté de pleurésie violente, les parois thoraciques restent immobiles ; et si l'on observe comment s'opère chez lui le mécanisme de la respiration, on voit qu'elle se fait par les mouvemens d'élévation et d'abaissement du diaphragme. Le malade se tient penché en avant ; le pouls est quelquefois dur, fort et développé ; d'autres fois il est petit et concentré ; les pommettes sont rouges. Il y a redoublement très-marqué de tous ces symptômes le soir et la nuit. L'anxiété est considérable, le mouvement fébrile très-violent ; la respiration est difficile, l'inspiration courte et fréquente, augmentant la douleur de côté ; la toux est sèche, c'est-à-dire avec peu ou point d'expectoration, ou accompagnée seulement de crachats visqueux. De tous ces signes, les plus caractéristiques de cette affection, et qui en établissent le diagnostic d'une manière plus certaine, ce sont, l'envie continuelle de tousser, que la douleur suspend ; l'immobilité des parois de la poitrine, la douleur que produit la moindre percussion, les élancemens douloureux qui surviennent aux moindres commotions de toux et d'éternuement l'inspiration entrecoupée. Tels sont les symptômes fournis par la pleurésie aiguë, dégagée de toute complication.

Mais, dans beaucoup de cas, la pleurésie et la peripneumonie pouvant exister à la fois, on désigne cette double affection sous le nom de *pleuro-péripneumonie*, qui se caractérise ordinairement par la réunion des symptômes propres à ces deux affections. Cette complication, qui, d'après l'opinion généralement reçue, constitue aujourd'hui

deux maladies différentes d'après leur siége et leurs caractères pathognomoniques, a été décrite par *Triller* sous le titre de *pleurésie*, qui admet à tort que la péripneumonie, que l'on regarde maintenant comme une autre maladie qui vient compliquer la pleurésie lorsque cette dernière a eu l'initiative, en faisait partie essentielle. L'on peut voir jusqu'à quel point a été sa méprise, lorsqu'il dit, dans ses aphorismes suivans séméiotico-pathologiques sur la pleurésie : « La plèvre n'est donc pas, comme on l'a cru jusqu'ici, la seule partie affectée. En effet, l'inspection anatomique, ce flambeau de la médecine, a démontré que la substance du poumon elle-même participait à cette affection. » (4.e aph.)

« Il y a deux espèces de pleurésie, l'*humide* et la *sèche*. » (5.e aph.) Il ne faut pas confondre avec lui sous ce dernier titre les pleurésies sèches qui, par opposition à celles qu'accompagne un épanchement séro-purulent, sont légères, et qui tendent à la guérison par l'absorption du liquide épanché, et dans lesquelles on ne trouve qu'une matière exsudée, semblable à de la colle de farine un peu épaisse et humide, qui rassemblerait deux feuilles de papier. Car, dans ces cas, l'individu a succombé, non à cette pleurésie, mais à une autre maladie grave qui est venue la compliquer.

« Dans la pleurésie humide, qui, bien qu'elle ne soit pas exempte de danger, est plus bénigne que l'autre. Il y a dès les premiers jours de l'invasion des crachats abondans, écumeux, qui présentent cependant des stries sanguinolentes. » (6.e aph.)

« Dans la pleurésie sèche, au contraire, quoique le malade soit tourmenté par la toux et par les efforts qu'il fait pour cracher, ses efforts sont inutiles, ou bien procurent seulement l'évacuation d'une petite quantité de matière écumeuse. » (7.e aph.)

Si l'on réfléchit sur cette légère esquisse de ces deux prétendues pleurésies humides et sèches, on voit que *Triller* a négligé le diagnostic de ces deux affections; et comme le démontre fort bien l'auteur de la Nosographie philosophique, il a publié des exemples

de péripneumonie et de pleuro-peripneumonie sous le nom de *pleurésie*. De plus, cette erreur a été confirmée dans un recueil publié sur la nature et le traitement de plusieurs maladies par M. le professeur *Portal*, dans lequel, ayant rassemblé des matériaux pour résoudre cette question, il prouve par des observations multipliées que la pleurésie vraie et humide n'est point une maladie essentiellement différente de la péripneumonie. Cette distinction est d'une grande importance dans le traitement; et on ne doit point être surpris si *Triller* obtenait des saignées par la lancette des résultats avantageux, puisqu'il avait plutôt à combattre l'inflammation du parenchyme pulmonaire que celle de son enveloppe séreuse, ou ces deux maladies à la fois. Enfin, si on lit son traité sur la pleurésie, on voit qu'il refuse à l'inflammation de la plèvre tous les symptômes qu'elle développe, quand il dit encore, dans son article sur la nature de cette maladie : « Il est évident d'ailleurs que l'affection de la plèvre ne peut donner naissance aux accidens fâcheux qui accompagnent la pleurésie, la toux, les crachats sanguinolens, la gêne de la respiration, etc. Et je pense, ajoute-t-il, qu'il est beaucoup plus exact, comme l'ont fait quelques-uns, d'appeler la pleurésie *pleuro-péripneumonie* ou *péripneumo-pleurésie*. » Beaucoup d'autres, comme lui, ont erré sur ce point de pathologie, car il répète : « C'est donc à tort que cette affection ne tire son nom que de celle de la plèvre. » En effet, l'ouverture de cadavres a clairement démontré que, chez plusieurs pleurétiques qui avaient succombé, les poumons seuls étaient enflammés, remplis de suppuration, et pour l'ordinaire adhérens à la plèvre, qui ne paraissait nullement affectée. Ces faits ont été observés et attestés par *Baronius*, *Sennert*, *Rivière*, *Platérius*, etc., et surtout par *Pierre Servius*, qui, dans trois cents cadavres de pleurétiques qu'il ouvrit à Rome, a constamment trouvé un des lobes des poumons altéré et rempli de matières putrides, tandis que la plèvre était restée intacte, ou du moins légèrement altérée. Que penser de l'opinion erronée de ces médecins célèbres sur ces deux affections, qu'ils confondent

ensemble. Il faut l'attribuer, comme l'a dit fort justement M. le professeur *Laennec*, qui a si bien décrit les altérations organiques des inflammations de la poitrine, au peu de progrès qu'avait faits l'anatomie pathologique jusqu'à la fin du dernier siècle. Avant de parler de cette complication de l'inflammation du poumon avec la pleurésie, je crois utile d'établir le diagnostic de cette dernière.

*Diagnostic.* Il suffit de faire le parallèle des symptômes de ces deux maladies, la pleurésie et la péripneumonie, pour reconnaître, dans la plupart des cas, une pleurésie.

Dans la péripneumonie, la douleur est profonde et obtuse, le sentiment d'oppression et d'étouffement est très marqué, principalement si une grande portion d'un des lobes du poumon est envahie par l'inflammation. Dans la pleurésie, la douleur est moins profonde, et semble superficielle, change quelquefois de place, est aiguë, lancinante, augmente beaucoup par la respiration; l'inspiration est comme entrecoupée. Si l'on compare l'état de la respiration, la manière dont elle se trouve entravée dans ces deux affections, on voit que, dans la première, ce sentiment d'oppression et d'étouffement dépend de l'engorgement du tissu du poumon, qui le rend imperméable à l'entrée de l'air; que dans la pleurésie, au contraire, la difficulté de la respiration est due au sentiment de douleur aiguë qu'éprouve le malade au moment de l'inspiration, qui, résultant de la distension de la plèvre, ou du frottement de sa portion costale contre la portion pulmonaire, rend l'inspiration comme entrecoupée. Si on tient compte encore du sentiment de la douleur, qui est communément vive, lancinante, dans la pleurésie, obtuse et profonde dans la péripneumonie, on verra encore que son caractère pongitif et aigu, dans le premier cas, est l'apanage des inflammations de la plèvre, et que, dans le second, son caractère obtus et profond de celle-ci accompagne le début des phlegmasies des organes parenchymateux. On remarque dans l'in-

flammation de la plèvre une petite toux sèche qui occasionne des douleurs par les mouvemens qu'elle excite ; rarement on y remarque des stries de sang dans le peu d'expectoration de nature visqueuse que rendent les malades. Dans la péripneumonie, l'expectoration est abondante, et la matière expectorée est tachée de stries sanguinolentes, formée de crachats d'un blanc légèrement jaunâtre ou verdâtre, mêlée de bulles d'air, à raison de la viscocité de cette matière, viscocité tellement tenace, que l'on peut renverser le vase qui la contient le tenir long-temps dans cette position sans que les crachats, quoiqu'en grande abondance, se détachent de ses parois. A l'ouverture des cadavres des personnes mortes à la suite de la pleurésie, le mode de suppuration de la plèvre, qui n'est propre qu'aux membranes séreuses, sanctionnera encore le diagnostic. Outre ces signes qui font reconnaître le siége et les symptômes propres à la pleurésie, il en est encore d'autres qui, outre qu'ils établissent d'une manière satisfaisante tout ce qui est particulier à cette phlegmasie, servent encore à éclairer sa marche et son prognostic; je veux parler de l'auscultation médiate, dont l'heureuse découverte est due à M. le professeur *Laennec*, qui a le double avantage de faire reconnaître d'un côté, au moyen d'un cylindre appliqué sur la poitrine du malade par une de ses extrémités, et par l'autre à l'oreille de l'observateur, tous les symptômes qui se remarquent dans son intérieur, et qui ne sont particuliers qu'à la pleurésie; de l'autre à confirmer un diagnostic qui aurait paru incertain par l'absence des symptômes qu'on remarque quelquefois dans cette affection, et surtout quand elle est chronique, latente et circonscrite.

*Signes de la pleurésie au moyen de l'auscultation médiate, qui font reconnaître avec certitude l'existence de l'epanchement pleurétique, sa quantité plus ou moins grande.* Ces signes sont fondés sur une grande diminution ou la cessation absolue du bruit de la respiration, l'apparition, la disparition et le retour d'un bruit par-

ticulier, auquel ce même professeur a donné le nom d'*égophonie* ou de *pectoriloquie chevrotante.*

*Signes fournis par la diminution ou la cessation de la respiration, et différence que le cylindre établit entre ceux qui résultent de la pleurésie ou de la péripneumonie.* On remarque que, lorsque l'épanchement pleurétique est considérable dès sa formation, comme il arrive assez souvent, le bruit de la respiration ne se fait plus entendre dans quelque endroit que ce soit du côté où réside l'affection, excepté le long de la colonne vertébrale, où elle se fait encore écouter dans une petite étendue, cependant moins distinctement que du côté opposé. La cessation subite et complète de la respiration après quelques instans de la maladie parait être un signe caractéristique de l'inflammation de la plèvre, accompagnée d'un épanchement considérable, bien que la douleur de côté ne paraisse pas. Dans ce cas, on peut prononcer avec assurance qu'il y a un liquide épanché dans la membrane séreuse du poumon. Si l'on examine avec le même instrument le défaut absolu du bruit de la respiration dans la péripneumonie, on observe qu'il survient par degrés, qu'il est plus ou moins prononcé dans divers endroits de la poitrine. La respiration existe vers les parties supérieures, et surtout vers la région de la clavicule, parce que ces parties restent encore saines pendant quelques jours. De plus, il est toujours précédé pendant quelque temps par l'apparition d'un râle crépitant, qui est un signe caractéristique de la péripneumonie. Au contraire, dans la pleurésie, avec épanchement considérable, l'absence de la respiration arrive non-seulement d'une manière subite, mais encore elle est complète dans toute la cavité du côté où reside l'affection, sans faire distinguer quelques points où elle pourrait encore se faire entendre, quels que soient les efforts du jeu des muscles pour dilater les parois de la poitrine. La permanence de la respiration le long de la colonne vertébrale ne cesse pas pour cela d'être un

signe certain de la phlegmasie de la plèvre ; elle se remarque même dans les pleurésies chroniques, dans lesquelles le liquide épanché est très-considérable. Si l'on cherche l'explication de ce phénomène, on peut très-bien le résoudre par le refoulement du poumon vers cette partie. Chez quelques individus dont les poumons ont contracté vers leur sommet, bien antérieurement à la maladie qui fait le sujet de l'observation, des adhérences de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, on peut entendre encore d'une manière assez distincte la respiration à la région de la clavicule. Si, après cette absence subite et complète du bruit de la respiration, qui, comme on vient de le voir, est l'indice d'un épanchement pleurétique abondant, le cylindre donne la conscience de son retour, on est en droit de penser que sa quantité diminue par l'effet de l'absorption. Il commence à se faire plus entendre dans la partie du dos où il n'avait jamais cessé entièrement de se faire remarquer ; ensuite il reparaît à la partie antérieure et supérieure de la poitrine ; enfin l'épanchement, diminuant de jour en jour, il se montre bientôt vers les parties inférieures de cette cavité. Si l'on compare encore ce retour de la respiration dans la pleurésie avec celui qui a lieu dans la péripneumonie, on voit que dans la première, et surtout chez des individus lymphatiques atteints de cette maladie, il se fait ordinairement beaucoup plus attendre que dans l'inflammation du parenchyme. Dans celle de son enveloppe séreuse, la respiration ne se fait entendre dans tous les points de la cavité qui a été malade qu'au bout de plusieurs semaines, et plus. D'après ces signes comparatifs, on pourra s'assurer non-seulement que l'affection que l'on observe est une pleurésie, mais encore on sera instruit sur sa marche et son prognostic. Si à ces signes on en ajoute encore un autre que le cylindre fournit, et qui ne se remarque que dans les cas d'un épanchement pleurétique, signe qui est aussi caractéristique, on aura encore un moyen de plus pour reconnaître la maladie que l'on présume, et faire changer cette présomption en certitude : il servira pareillement à éclairer le prognostic. Ce signe est un bruit

qui retentit dans le cylindre, et se communique à l'oreille, sous le nom d'*égophonie* ou de *pectoriloquie chevrotante*, ainsi nommée par M. le professeur *Laennec*, à cause de sa ressemblance tremblotante et saccadée avec la voix d'une chèvre. Pour bien entendre ce bruit, il faut appliquer fortement le cylindre sur la poitrine du malade, et poser légèrement l'oreille sur cet instrument. Ce bruit, qui, selon l'auteur que je viens de citer, semble dépendre de la résonnance de la voix dans les divisions des bronches, transmise au moyen d'une couche mince de liquide qui s'en trouve agitée, ne peut avoir lieu que dans les circonstances où l'épanchement est médiocre. Il paraît et disparaît avec le bruit de la respiration. Par conséquent, lorsque, dès le début de la pleurésie, l'épanchement est médiocre, on entend l'égophonie et le bruit de la respiration. Lorsqu'au contraire l'épanchement survient tout à coup, et qu'il remplit exactement toute la capacité du côté affecté, ces deux phénomènes ne se remarquent plus. Ainsi toutes les fois qu'il se présentera un malade pour cause d'une affection de poitrine, qui, au premier examen, n'offrirait que l'absence du son dans un de ses cotés, symptôme qui, appartenant autant à la péripneumonie qu'à la pleurésie, ne suffit pas pour établir le vrai caractère de la maladie, on sera en droit d'affirmer, si on aperçoit de nouveau le retour de l'égophonie; que cette absence du son de la poitrine était due à un épanchement pleurétique abondant, et que l'absorption en opère maintenant la résolution. On peut tirer cette conclusion de tous ces faits, que l'égophonie, dans la pleurésie, est un signe avantageux, et que, lorsqu'elle persiste, elle indique que l'épanchement n'augmente pas, et que la maladie ne dégénérera pas en chronique. M. *Laennec* a observé que, dans les cas où il a vu la pleurésie aiguë passer à l'état chronique, l'égophonie avait cessé avant qu'il y eût aucune rémission du mouvement fébrile.

*Complications de la pleurésie.*

Lorsque le poumon partage l'inflammation de la plèvre, affection qui est connue sous le nom de *pleuro-péripneumonie*, elle offre alors les symptômes propres à ces deux affections. La douleur pleurétique, quelquefois moins aiguë, est surtout sensible quand on comprime les parois thoraciques, et par les mouvemens de la respiration: elle se confond avec une douleur obtuse et profonde. Le sentiment d'oppression et d'étouffement que l'on remarque dans la péripneumonie se joint à cette douleur aiguë et lancinante, et à cette immobilité des parois de la poitrine qu'on observe dans la pleurésie.

La physionomie est ordinairement d'un rouge plus foncé, le pouls plus développé et plus dur; la toux, qui fait éprouver encore cette douleur aiguë qui dessine la physionomie de la pleurésie, est, comme dans la péripneumonie, suivie d'une expectoration dans laquelle nagent des stries sanguinolentes.

Lorsque la pleurésie se complique de l'inflammation de l'enveloppe séreuse du cœur connue sous le nom de *péricardite*, les symptômes sont très-violens, et offrent l'image de la plus terrible angoisse; les douleurs sont rapportées surtout à la région précordiale; l'anxiété et l'insomnie sont portées au plus haut degré; le malade se tient courbé en avant. Indépendamment de ces symptômes, on donne pour signe particulier à la péricardite la tendance aux lipothymies: la concentration du pouls est remarquable, ainsi que le défaut de chaleur fébrile. Quelquefois les symptômes de la péricardite sont masqués par ceux de la pleurésie. Elle peut encore se compliquer avec un grand nombre d'autres maladies, telles qu'avec les phlegmasies des autres membranes séreuses, celles de la peau, les fièvres intermittente, bilieuse, pituiteuse, adynamique, ataxique, etc. Il me suffit de les indiquer.

*Prognostic de la pleurésie.*

Quoique j'aie déjà parlé du prognostic de la pleurésie à l'article de *l'auscultation*, je dois finir son histoire.

Le prognostic de cette maladie se juge encore d'après la violence de ses symptômes, sa coexistence avec d'autres maladies plus ou moins graves, d'après le retour de certaines fonctions, telles que celles de la transpiration des hémorrhagies périodiques, le retour des règles chez les femmes, et d'une épistaxis chez les jeunes gens, pour reprendre leur cours normal ou habituel ; d'après certaines évacuations, selon l'époque où elles arrivent dans le cours de la maladie.

*D'après la violence des symptômes.* Lorsque la phlegmasie se présentera avec ce cortége effrayant de symptômes qui fait présumer que la totalité ou la presque totalité d'une des plèvres est envahie par l'inflammation, et que son énergie semble persister malgré la médication la plus rationnelle, le prognostic ne sera pas rassurant. On a à craindre alors la suppuration, si un tableau aussi déplorable, tel que le sentiment d'angoisse, l'altération des traits de la face, une fièvre violente, etc., ne se dissipe pas au-delà du septième jour. Il sera le même si cette phlegmasie se propage au poumon, comme le dit *Hippocrate* dans son aphorisme 11, sect. 7, *ex pleuritide peripneumonia, malum ;* si les lipothymies et la concentration du pouls indiquent qu'elle s'est communiquée au péricarde. Quand le délire survient, qu'elle s'est réfléchie aux membranes du cerveau, sa complication avec les fièvres de mauvais caractère, avec les fièvres adynamique et ataxique, fait ordinairement porter sur le sort du malade un jugement funeste. Si, au contraire, la modération des symptômes, tels que la circonscription de la douleur, de la fièvre, fait présumer que l'inflammation n'occupe qu'une petite portion de la plèvre, et que la vigueur de la phlegmasie a déjà cédé en partie aux remèdes appropriés, le prognostic sera avantageux. Il le sera encore si,

vers le quatrième ou le cinquième jour, une sueur abondante, le flux des hémorrhoïdes et des règles, une epistaxis, surtout si la phlegmasie a pour cause la suppression de ces évacuations, apaisent les symptômes. La diarrhée qui se manifeste au commencement de la maladie est très-dangereuse, et presque toujours mortelle. Elle indique, selon la remarque de *Cœlius Aurélianus*, l'intensité du mal. Mais, lorsqu'elle survient, quand la maladie est plus avancée, et que les plus fâcheux symptômes se sont adoucis, elle est alors salutaire, et hâte le retour de la santé. *Vallériola* et *Panarolus* ont consigné dans leurs écrits plusieurs exemples de ce fait. On peut encore regarder comme un prognostic avantageux le changement de douleur qui se porte aux mains, au dos ou à l'épaule, et s'il se manifeste une expectoration légère. Selon *Triller*, lorsque la pleurésie attaque les femmes, elle est pour l'ordinaire plus funeste que chez les hommes.

*Terminaison de la pleurésie.* La pleurésie qui débute avec un appareil de symptômes violens peut faire périr le malade, en quelque sorte, dès l'invasion de la maladie. Quelquefois, ceux-ci se calmant sensiblement, une épistaxis, le flux des hémorrhoïdes, une expuition muqueuse, l'excrétion des urines sédimenteuses, et des matières bilieuses, le changement de la douleur qui s'étend et se propage aux épaules et aux mains, une éruption miliaire, et les parotides, favorisent et amènent la résolution de la maladie. Elle peut, comme on l'a vu à l'article du *prognostic*, se terminer par suppuration. Les signes de cette terminaison fâcheuse sont caractérisés par des frissons, la dyspnée, la toux sèche, par une très-grande difficulté de respirer, surtout lorsqu'on presse la partie inférieure de l'abdomen en refoulant les viscères vers le thorax. Le malade, qui, dans les premiers jours, ne pouvait se coucher sur le côté affecté, ne peut plus se coucher que sur le côté où existe l'épanchement, les côtes proéminent davantage, et l'espace qui existe entre elles est plus grand. Si, comme l'a très-bien indiqué *Auenbrugger*, on percute le côté, il donne un son mat ; mais ce signe, comme l'a très-jus-

tement démontré M. le professeur *Laennec*, dénote bien qu'il existe une affection de poitrine, mais n'indique pas d'une manière précise si ce son mat est dû à la pleurésie ou à la péripneumonie. On peut ajouter à ces signes extérieurs l'empâtement des parois thoraciques, l'ondulation d'un fluide à travers les muscles intercostaux, lorsqu'on agite la poitrine du malade; cas qui suppose un épanchement qui ne remplit point toute la cavité de la poitrine; alors l'auscultation pourrait encore mieux faire reconnaître cet état pathologique. Le pouls est petit, fréquent et mou; la soif extrême, la face bouffie, les lèvres et les joues sont colorées de pourpre; il survient une infiltration aux membres inférieurs; le sommeil est agité par des rêves effrayans, et le malade péri dans l'hydropisie. La pleurésie peut se terminer par des adhérences de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire. Cette espèce de terminaison est quelquefois inconnue à cause de l'absence de tout symptôme. D'autres fois elle peut se faire reconnaître par un léger sentiment de douleur, par la difficulté de la respiration, par un peu de fièvre et d'essoufflement toutes les fois que le malade s'agite. La gangrène est encore une terminaison de la pleurésie, quoique rare. Cette terminaison, selon M. *Broussais*, d'après ses observations, pense que cette altération est le résultat dans la pleurésie chronique de son retour aigu quelque temps avant la mort. M. *Laennec* dit, au contraire, n'avoir vu aucun cas dans lequel elle parût être l'effet de la violence de l'inflammation; que le plus souvent elle n'a lieu qu'à la suite de la rupture, dans la plèvre, d'un abcès gangréneux du poumon; que quelquefois aussi elle survient dans les pleurésies chroniques, et lorsque la maladie a eu une certaine durée. On regarde comme symptôme de cette terminaison la brusque disparition de la douleur, la persistance de la dyspnée; le pouls est debile, les extrémités sont froides, le malade rend des crachats putrides et noirs, la face est altérée et livide; bientôt le malade succombe. Enfin une terminaison assez fréquente de la pleurésie aiguë, c'est son passage à l'état chronique. Je vais la décrire dans cet état.

*Passage de la pleurésie aiguë à l'état chronique.*

*Développement.* Une des causes les plus fréquentes de la pleurésie chronique, c'est la pleurésie aiguë. Tantôt elle lui donne lieu lorsqu'elle a été trop négligée, ou qu'elle n'a pas été traitée convenablement. Elle la produit encore quoiqu'elle ait été traitée en apparence avec succès. En effet, on voit souvent des pleurésies devenir chroniques, quoique la douleur ait été enlevée, et que les malades, trop rassurés par la disparition de la douleur, se croyant totalement guéris, négligent pendant leur convalescence les moyens indispensables pour arriver à une franche guérison, en se hâtant trop de reprendre leur régime et leurs occupations ordinaires. Il faut donc regarder le traitement incomplet de l'état aigu comme pouvant souvent être cause que la pleurésie passe à l'état chronique, en admettant toutefois que certaines pleurésies y peuvent dégénérer malgré l'emploi de la médication la plus rationnelle. Elle peut se manifester, sans avoir été précédée de l'aiguë, sous l'influence des mêmes causes qui ont produit cette dernière, dont l'action moins intense, mais prolongée, irrite la plèvre d'une manière continue, et la fait passer à cet état. Ainsi les compressions du thorax, surtout chez les femmes, qui, pour paraître avoir la taille fine, se serrent trop étroitement avec leurs corsets; toutes les professions qui fatiguent la poitrine et l'exposent à des pressions continues. M. *Broussais*, dans son excellent Traité des phlegmasies chroniques, rapporte qu'il a souvent observé la pleurésie chronique chez les soldats du train d'artillerie, parce qu'ils ont souvent la poitrine comprimée par la manœuvre des pièces. On la voit encore survenir chez des personnes convalescentes de quelque autre affection grave, ou devenues cachectiques par suite de l'affection tuberculeuse des poumons, la poitrine étant, chez elles, susceptible de s'affecter. Les quintes de toux qui tourmentent ceux dont les catarrhes sont exaspérés à l'approche de l'hiver la produisent assez souvent par les secousses qu'elles font éprouver continuellement à la plèvre.

*Symptômes.* Lorsqu'une pleurésie aiguë qui a été bien caractérisée laisse à sa suite une douleur permanente du côté jadis affecté, ou lorsqu'à la douleur aiguë et circonscrite il en succède une autre obtuse et étendue, on peut penser que la pleurésie est dégénérée en chronique. Si l'on remarque ensuite que le côté affecté fait encore éprouver de la douleur par la toux, par l'éternuement et par les secousses imprimées au tronc ; s'il cesse d'être sonore à la percussion, et que le malade, après avoir évité auparavant de se coucher sur le côté malade, ne se trouve bien ensuite que lorsqu'il se couche sur le même côté, on peut croire à un épanchement. Si pendant le cours de cette affection le malade n'accuse qu'une toux sèche, qui s'exaspère par l'exercice et pendant la nuit; si le pouls est fréquent sans être dur, et la fièvre modérée, le teint jaunâtre sans rougeur des pommettes, les forces et l'embonpoint peu diminués, il est probable que la pleurésie chronique est simple, et le poumon sain ou peu lesé. Les malades peuvent rester dans cet état pendant plusieurs mois, et périr ensuite d'hydropisie ou succomber au marasme le plus complet. Si, de plus, le malade a ressenti souvent des attaques de dyspnée, d'oppression et des accès de fièvre ; si la toux a été fréquente, et qu'après avoir été sèche pendant long-temps, elle fournisse ensuite une expectoration plus ou moinsabondante, mêlée de stries de sang; si la fièvre devient intense; si les joues se colorent d'un rouge pourpre, et que le malade tombe promptement dans le marasme, il paraît alors certain que la phlegmasie chronique de la plèvre s'est communiquée au poumon. Dans ce cas,la mort arrive plus vite, l'affection envahissant un organe aussi important à l'entretien de l'existence. Le prognostic de la pleurésie chronique est ordinairement fâcheux : l'atrophie du poumon, le rétrécissement de la poitrine et quelquefois la gangrène, en sont les suites. La pleurésie chronique sans complication n'offre ordinairement, à aucune époque de la maladie, la fièvre vive, la violence des douleurs, ni cette réaction qui porte le cachet d'une phlegmasie aiguë. Il serait trop long d'énumérer tous les symptômes du passage de cette affection de

l'état aigu à l'état chronique à cause des nombreuses variétés qu'elle offre dans sa marche. Il est des pleurésies qui passent à l'état chronique sans avoir été précédées, dès leur début, des symptômes qui caractérisent la pleurésie aiguë. Elles peuvent être nommées *équivoques* ou *latentes ;* car les douleurs pleurétiques sont si peu intenses, que les malades ne s'en plaignent pas, à moins qu'on ne fixe leur attention sur les douleurs légères qu'ils éprouvent. La gêne de la respiration est quelquefois très-peu marquée, avec une toux rare. Il en est de même pour les symptômes des pleurésies circonscrites qui dépendent d'une inflammation première dans le parenchyme, et qui ne s'aperçoivent qu'au moyen de l'auscultation.

*Altérations organiques.*

Les caractères d'anatomie pathologique de la pleurésie aiguë consistent dans la rougeur de la membrane affectée. Cette rougeur est comme marquée de petits points rouges qui pénètrent toute l'épaisseur de la membrane, laissant entre eux des intervalles dans lesquels on distingue très-bien encore la couleur blanche de la plèvre. Outre cette rougeur ponctuée, on trouve toujours les vaisseaux sanguins qui rampent à la surface de la plèvre beaucoup plus rouges et beaucoup plus apparens que dans l'état naturel, et qui paraissent comme injectés. La plèvre devient plus épaisse, suivant quelques praticiens, qui expliquent cet épaississement comme étant le résultat d'une nutrition augmentée. Suivant M. le professeur *Laennec*, cet épaississement de la plèvre n'est tout au plus dû qu'à la formation des tubercules miliaires très-nombreux, développés, à la surface interne et externe de la plèvre, à des incrustations cartilagineuses, ou à l'adhérence des fausses membranes qui s'y sont développées. On observe encore à la surface interne de la plèvre à la suite de son inflammation, une exhalation de nature différente, l'une demi-concrète, l'autre liquide. La première est connue sous le nom de *fausse membrane*, la seconde sous le nom de *sérosité* ou d'*épanchement séro-puru-*

*lent.* Ces productions nouvelles sont l'effet d'une exhalation qui est le mode de suppuration des membranes séreuses. Les fausses membranes sont formées par une matière blanche plus ou moins jaune, opaque, quelquefois demi-transparente, qui varient en consistance; tantôt ayant à peu près celle du pus, d'autres fois celle de la couenne inflammatoire. D'après l'intensité de l'inflammation et la constitution du sujet, par exemple, chez un individu lymphatique affecté d'une pleurésie ayant plutôt le caractère chronique, elles offriront moins de consistance que chez un individu d'un tempérament sanguin atteint de la même maladie ayant une marche aiguë. Leur épaisseur est d'une à quelques lignes. Cette épaisseur est surtout remarquable à l'endroit de la plèvre où l'inflammation a sévi avec plus de violence. Il en est de même pour l'étendue de ces membranes, qui est plus grande, et qui couvrent toute la plèvre, si la pleurésie s'est propagée au loin. Elles sont ordinairement d'autant plus épaisses que l'inflammation a été plus vive, et a duré plus long-temps. Quelquefois elles font remarquer à leur surface des sortes de petites éminences qui la font paraître comme rugueuse; d'autres fois on y observe des vaisseaux sanguins qui s'y sont développés. A l'ouverture des cadavres des personnes qui ont péri à la suite d'une pleurésie, on trouve encore de fausses membranes flottantes, lorsque la sérosité exhalée est abondante et qu'elle les a détachées de la plèvre. Les fausses membranes pleuretiques tendent, toutes les fois que le travail de la nature n'est pas contrarié par une cause quelconque, à le convertir en tissu cellulaire.

La sérosité épanchée qui accompagne ordinairement les fausses membranes se présente sous l'aspect d'un liquide de couleur jaune, dont la transparence ne se trouve troublée que par le mélange du pus ou des portions des fausses membranes. Elle est assez semblable au serum du lait. Elle est beaucoup plus abondante chez les individus déjà frappés de la cachexie séreuse. Quelquefois cette sérosité lactescente est d'une couleur rousse et mêlée de sang; ce qui fait présumer que l'inflammation a été violente et prolongée. Ordinairement cette exsudation est

sans odeur dans la pleurésie aiguë. Lorsque la plèvre seule a été le siége de l'inflammation, on ne trouve aucune trace de lésion dans le tissu du poumon, excepté qu'il est réduit à un plus petit volume, et en quelque sorte comme affiché contre la colonne vertébrale. Lorsque l'épanchement qui en est la cause, par la compression qu'il exerce sur cet organe, est considérable, il devient plus dense et moins crépitant. Mais, si on insuffle de l'air dans les bronches, il peut revenir à peu près à son volume ordinaire, parce qu'il n'a pas été engorgé. Si, au contraire, l'inflammation s'est propagée à son tissu, on y trouve des portions endurcies connues sous le nom d'*hépatisation*.

*Altérations organiques à la suite de la pleurésie chronique.*

Les caractères d'anatomie pathologique qui se remarquent dans la pleurésie chronique sont, sauf quelques petites différences, assez analogues à ceux qu'on trouve dans la pleurésie aiguë. La plèvre cependant, dans la première, est d'une couleur plus rouge, et n'est point susceptible de disparaître, comme cela peut arriver dans la dernière. Dans la pleurésie chronique, la sérosité épanchée est plus abondante et moins transparente; elle se trouve mêlée d'une assez grande quantité de petits flocons albumineux : ils sont quelquefois si petits et en si grande quantité, que l'épanchement paraît de nature puriforme.

Quoique moins limpide que dans la pleurésie aiguë, la sérosité est le plus ordinairement d'un jaune-clair, et mêlée de portions de fausses membranes très-petites, que M. *Laennec* a comparées à une farine grossièrement délayée dans un liquide. On remarque qu'ils occupent la partie inférieure de la cavité du côté de la poitrine où réside l'affection. Ces débris de fausses membranes n'ont pas communément la consistance que l'on remarque dans celles qui se trouvent à la suite des pleurésies aiguës. Dans la pleusésie chronique, ces épanchemens exhalent souvent une odeur fade; et, en devenant de

plus en plus abondant, le côté où siége l'affection se dilate, et devient sensiblement plus volumineux que l'autre. Les espaces intercostaux s'élèvent au-dessus du niveau des côtes; et comme je l'ai déjà dit, le poumon comprimé se trouve refoulé sur les côtés du rachis par le liquide épanché et par les portions de fausses membranes, qui le recouvrent et l'atrophient. Son tissu devient alors flasque ou tuberculeux, et semblable à ceux des phthisiques, par une communication de l'affection primitive de la plèvre.

La gangrène de la plèvre, qui se remarque quelquefois, se présente sous l'aspect de taches brunâtres et noirâtres, de forme irrégulière, et qui comprennent son épaisseur; les points qui en sont attaqués se ramollissent et tombent en détritus, le contour de l'ulcération qu'elles laissent reste encore noirâtre pendant long-temps : les parties environnantes partagent aussi cette altération, et exhalent l'odeur propre à la gangrène. Il est encore une autre altération qui résulte plus particulièrement de la pleurésie chronique; c'est le rétrécissement de la poitrine par le rapprochement des côtes. Ce rétrécissement est dû à une terminaison imparfaite de la pleurésie chronique, au liquide épanché, ainsi qu'aux fausses membranes, qui ayant acquis quelquefois beaucoup de dureté, compriment trop long-temps le poumon, qui ne peut revenir de sitôt sur lui-même; pour suivre la marche, de la résorption de ce liquide épanché, les côtes se rapprochent et la poitrine reste rétrécie. Enfin dans les pleurésies chroniques, on trouve dans le tissu de la plèvre des tubercules et d'autres altérations converties en substances lardacées, cartilagineuses et osseuses.

*Traitement.*

*État aigu.* La majeure partie des indications thérapeutiques qui sont établies pour les autres phlegmasies de la poitrine se représentent encore pour le traitement de la pleurésie; mais il en est qui lui sont particulières. Ainsi les saignées du bras sont moins nécessaires dans la pleurésie que dans la péripneumonie, malgré l'autorité de *Triller,*

qui vante outre mesure leur emploi, sans parler de l'efficacité des saignées locales. Son erreur dépend de ce qu'il n'a, comme je l'ai dit, établi aucune distinction entre l'inflammation de l'enveloppe séreuse et celle du parenchyme pulmonaire. Mais, comme il est irrévocablement démontré que ces deux affections peuvent fort bien se montrer isolées, de même l'expérience prouve que les saignées pratiquées au moyen de l'application des sangsues et des ventouses scarifiées doivent avoir la préférence quand il s'agit de combattre les douleurs pleurétiques; que l'ouverture des veines doit être réservée dans les cas où la constitution sanguine et pléthorique la commande, et lorsque le poumon partage l'inflammation de la plèvre. L'application des sangsues devra se faire sur le point pleurétique, ou le plus près possible. Leur nombre devra être en rapport avec l'intensité de l'inflammation, la force, l'âge, le sexe, le tempérament, l'état du malade. On favorisera le bon effet de leur application en laissant couler le sang de leurs piqûres pendant plusieurs heures, et en accélérant la sortie par des fomentations émollientes appliquées à la température du corps, telles que les décoctions de racine de guimauve, de fleurs de mauve, etc. On ne doit point hésiter à revenir à l'emploi des sangsues, si l'indication se présente, comme dans le cas où la douleur n'aurait été enlevée que dans une certaine étendue, et qu'il resterait encore un point pleurétique assez marqué. Des cataplasmes émolliens composés avec la farine de graine de lin ou de mie de pain sont encore un moyen excellent à employer, après les saignées, pour obtenir promptement la résolution de l'inflammation. On doit considérer les bains tièdes, pourvu qu'on les emploie avec toutes les précautions qu'ils exigent, comme un des bons procédés curatifs à ne pas négliger, à cause des propriétés qu'ils ont de favoriser la transpiration de la peau en y déterminant une légère irritation. On donne à l'intérieur pour boissons des tisanes adoucissantes, telles que celles de chiendent et de réglisse, la décoction d'orge miellée, l'eau gommée, édulcorée avec le sirop de violette. On calmera, en rendant ces tisanes anodines, les quintes de toux, qui nui-

sent beaucoup à la résolution de l'inflammation par l'irritation qu'elles alimentent continuellement dans la plèvre, comme je l'ai déja dit, en raison des secousses qu'elles impriment à la poitrine. On donnera des juleps calmans, des looks. On retirera aussi un bon effet des boissons légèrement diaphorétiques, comme celles de sureau et de tilleul. On les donne dans l'intention de continuer le travail de la transpiration qui s'est établie vers la peau par l'action du bain. On doit surtout recommander au malade de ne point s'exposer au froid, qui pourrait entraver l'effet des médicamens. Les ventouses sont encore d'un bon emploi. Si on veut qu'elles agissent comme les sangsues, il faut les scarifier : elles sont préférables aux ventouses sèches, dans le cas où la douleur est aiguë et dénote toute la vivacité de la maladie. Les vésicatoires, qui sont des ressources thérapeutiques si justement employées dans la pleurésie, n'ont ordinairement dans cette inflammation, lorsqu'elle est aiguë, tout l'avantage désiré qu'après l'emploi des saignées. En effet, les vésicatoires volans, qui sont ceux qu'on emploie ordinairement, enlèvent bien souvent la douleur de côté par leur vertu révulsive ; mais souvent, lorsqu'ils ne sont pas secondés par les saignées, ils échouent bien souvent à étouffer le mouvement phlegistique qui s'est établi dans la plèvre. C'est ce qu'a fort bien observé M. *Broussais*, qui rapporte avoir vu succomber des malades à la suite de pleurésies aiguës, chez lesquels les vésicatoires avaient emporté la douleur dès le premier jour ; et l'autopsie cadavérique attestait que l'inflammation de la plèvre n'avait point été enlevée. Il ne faut donc pas être trop rassuré sur le sort des malades par la disparition du point de côté au moyen des vésicatoires.

Cependant, si on avait affaire à un individu affaibli par d'autres maladies, et que le point pleurétique qu'il accuserait fût circonscrit et peu intense, on pourra espérer dans ce cas que l'emploi des rubéfians suffirait pour obtenir un résultat assez rassurant sur le sort du malade. Mais, selon mon avis, je le répète, il faut que le sujet offre peu d'étoffe sous le rapport de l'embonpoint, qu'il ait peu de forces en réserve pour ne hasarder que ce seul moyen ; car ce

n'est pas l'effusion de sang qu'aura procurée l'application de quelques sangsues, couronnée d'un effet ordinairement avantageux dans cette affection, qui pourra beaucoup ajouter à sa débilité; et cela est d'autant plus vrai que, dans beaucoup de cas de phlegmasies aiguës, l'emploi seul des vésicatoires les déplace plutôt par une révulsion subite qu'ils ne les enlèvent. J'ai vu des douleurs pleurétiques auxquelles on avait opposé ces moyens révulsifs, qui les avaient suffoquées d'abord, revenir ensuite avec autant de violence qu'avant leur emploi ; et le médecin n'a-t-il pas à craindre que l'inflammation qu'il suppose guérie par l'enlèvement de la douleur ne le soit que d'une manière insidieuse, et ne passe à l'état chronique? La pleurésie fait-elle explosion à la suite de la suppression des hémorrhoïdes ou des règles, il sera indispensable de rétablir ces évacuations par les moyens qui sont indiqués pour leur rappel. Si l'inflammation se propage au poumon, cette complication exigera la section des veines du bras, en continuant pour celle de la plèvre le même traitement que j'indique.

Le régime devra seconder cette médication antiphlogistique; la diète sera sévère, et on ne pourra tout au plus prescrire pour toute nourriture au malade, lorsque cette phlegmasie se présentera avec toute sa violence, que des bouillons de veau et de poulet. Si par cette conduite sage, on s'en rend maître, on permettra une nourriture légère, prise parmi les viandes blanches qui développent peu de chaleur. Ainsi les chairs de poulet et de poisson tendre, sans assaisonnement, seront la base de l'alimentation prise dans le règne animal. Le végétal fournira des crèmes de riz, de gruau, etc. Il est prudent de ne conduire que par degrés, en se guidant sur la marche de l'inflammation, le malade à son régime et à ses habitudes. Comme tous les mouvemens et toutes les secousses du tronc peuvent nuire à la guérison en irritant la plèvre, on recommandera au malade le silence et l'immobilité ; il faut aussi avoir soin d'écarter toutes les impressions qui peuvent occasionner le refroidissement des parties extérieures, surtout le spasme de la peau occasionné par la terreur et la

colère ; car souvent une pleurésie qui marche vers une terminaison heureuse est souvent renouvelée par ces causes. Ainsi par des passions gaies, douces, on préviendra ce spasme de la peau. Il n'est pas prudent de rappeler la transpiration par des moyens perturbateurs, comme cela se pratique ordinairement chez le vulgaire ; mais, si elle paraît, il faut la favoriser, comme je l'ai déjà dit, par des boissons légèrement sudorifiques.

*Traitement de l'état chronique.* Si, à la suite d'une pleurésie aiguë, à peu près vers le huitième ou le neuvième jour de son invasion, on remarque encore une douleur moins vive, de la dyspnée, une petite toux sèche et douloureuse, une légère fièvre hectique avec paroxysme vers le soir, symptômes qui portent l'empreinte du caractère chronique, il faut toujours persévérer dans l'usage des boissons adoucissantes et émollientes. Il importe surtout de ne point prescrire des alimens solides, échauffans ; de n'accorder que de légers potages, une nourriture légère, et ne point trop encore satisfaire l'appétit du malade ; car, si on se montre trop indulgent à ses désirs, le malade paie cher cette complaisance du médecin par le retour et les acerbations de la fièvre hectique. Dans les cas où la douleur serait encore assez vive et assez opiniâtre pour faire croire à une certaine violence de la maladie, et que l'individu fût éloigné de l'état de marasme, on pourra obtenir un bon effet de saignées sagement prescrites au moyen des ventouses scarifiées. L'affection est-elle de vieille date, le malade affaibli et dans un état voisin du marasme, on aura plus spécialement recours aux révulsifs. Les vésicatoires sont ici d'une utilité reconnue : on les fera succéder ou suppurer. Un cautère placé sur la poitrine est une chose à ne pas négliger. On aura soin de donner une chaleur modérée à l'appartement du malade ; on recommandera le repos, le calme des passions. Dans l'intention de seconder ces moyens, on calmera la toux par des boissons opiacées, des juleps anodins, des looks adoucissans. Si cette phlegmasie chronique coexistait avec d'autres maladies graves, on dirigerait son traite-

ment de manière à concilier les remèdes qui leur conviennent. Le malade devra, pour soustraire sa poitrine à l'impression immédiate du froid, porter un gilet de flanelle sur la peau. Si l'on parvient à calmer tous les symptômes d'une affection aussi rebelle et si souvent funeste, on pourra alors s'occuper à restaurer le malade; mais il faudra y procéder avec beaucoup de précaution. Il faut une grande persévérance dans le traitement et une grande docilité de la part du malade. Et malgré tous ces moyens, il est très-souvent impossible d'obtenir la guérison; les symptômes de la phlegmasie persistent, les forces s'affaissent, la fièvre hectique prend le dessus, en conduisant le malade au marasme et à la mort.

L'opération de l'empyème pour vider la poitrine du liquide épanché offre peu d'espoir; car, outre qu'elle peut occasionner des accidens graves par l'entrée de l'air dans la poitrine, comme agent d'irritation sur une plèvre déjà enflammée et couverte d'une couche de suppuration qui lui ferait encore contracter de la fétidité, de plus cette ponction ne pourrait pas donner issue aux fragmens de fausses membranes, ni faire espérer qu'un poumon dégénéré, endurci, imperméable à l'air depuis long-temps, et peut-être rempli de tubercules, puisse reprendre et son volume et ses fonctions. Il vaudra donc mieux recourir à des médicamens qui ont une action spéciale sur le système absorbant. Pour cette raison, on donnera des diurétiques, qu'on combinera avec l'opium à l'intérieur, soit dans les juleps, soit dans les formules qui servent aux frictions. Dans les cas où la toux et l'insomnie accompagnent la dyspnée, s'il survient de l'œdème aux membres inférieurs, il sera bon d'établir une compression, en faisant appliquer un bandage roulé depuis les pieds jusqu'aux aines.

# HIPPOCRATIS APHORISMI.

## I.

È pleuritide peripneumonia, malo est. *Sect.* 7, *aph.* 2.

## II.

Ex morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum. *Sect.* 2, *aph.* 31.

## III.

Attenuata longo temporis intervallo lentè refice, at quæ brevi, breviter. *Ibid.*, *aph.* 7.

## IV.

Frigida, velut nix, vel glacies, pectori sunt adversa : tusses movent, sanguinis eruptiones et distillationes efficiunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.

## V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.